



nederlandse internisten vereniging



Federatie
Medisch
Specialisten

Raamwerk Multimorbiditeit en Regie in de Tweede Lijn

Initiatief

Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)

In samenwerking met

Patiëntenfederatie Nederland

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)

Algemene gegevens

Dit project werd ondersteund door het Kennisinstituut van Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Afbakening module

Aanleiding voor het schrijven van de module

De pluriforme zorgbehoeften van patiënten met multimorbiditeit zorgen ervoor dat bij de patiënt vaak meerdere zorgverleners betrokken zijn. Momenteel verschilt de mate en wijze waarop de verschillende specialistische disciplines in het ziekenhuis (poli)klinische zorg op elkaar afstemmen. Het is aannemelijk dat de uitkomsten voor patiënten zullen samenhangen met de mate van afstemming tussen behandelaren. Prioriteren, afstemmen en doordachte keuzes maken (wat wel en wat niet) is niet altijd goed belegd. Er is steeds meer behoefte aan ondersteuning bij regie, waarbij overzicht wordt gecreëerd en de zorg in samenhang wordt afgestemd op de gehele patiënt.

Regie wordt door van Dale gedefinieerd als coördinatie, sturing of leiding. De huisarts is van nature de spil in de zorg en ondersteunt de patiënt bij het voeren van de regie over zijn/haar gezondheid in de brede context van de eerste lijn. De medisch specialist in de tweede lijn wordt geconsulteerd via een verwijzing. De Rijksoverheid wil de eerstelijnszorg in de toekomst een grotere rol geven¹ en ook patiënten willen dat de huisarts een regierol neemt. Echter, patiënten met multimorbiditeit komen vaak bij meerdere medisch specialisten in het ziekenhuis. Hierdoor kan het voor de huisarts lastiger worden om het overzicht te behouden. Regie of het ondersteunen hierbij, wordt dan voor zowel de patiënt als de huisarts lastiger.

Ook binnen het ziekenhuis mist door de ziekte-specifieke benadering van veel medisch-specialisten vaak een zorgverlener, die het overzicht heeft over de problematiek van de patiënt met multimorbiditeit. Er is nog geen eenduidige werkwijze, die gebruikt kan worden voor alle patiëntengroepen met betrekking tot het afstemmen en coördineren van de zorg, wanneer verschillende medisch specialisten in de tweede lijn betrokken zijn. Regieondersteuning, met één professional binnen het ziekenhuis die het overzicht heeft, de behandelingen coördineert en de patiënt ondersteunt om de regie te nemen, leidt waarschijnlijk tot meer tevredenheid en betere uitkomsten en zou kunnen bijdragen aan een doelmatige zorg. De werkwijze van internisten en

¹ Hoofdlijnenakkoord Medisch-Specialistische zorg 2019-2022



klinisch geriater maakt deze specialisten geschikt om deze rol op te pakken. Echter, andere medisch specialisten of zorgverleners met de juiste middelen en competenties zouden deze rol ook op zich kunnen nemen.

De behandelcoördinator kan ervoor zorgen dat verschillende zorgverleners met elkaar afstemmen en samenwerken, kortom het voortouw nemen in netwerkgeneskunde. Door afstemming en een eenduidig behandelplan ontstaat er vervolgens ruimte om de patiënt weer meer de regie in eigen hand te geven. De visie van de Federatie Medisch Specialisten is dat medisch specialisten meer gaan werken volgens het model van de positieve gezondheid, waarbij de medisch specialist als coach van de patiënt fungeert.² De patiënt kan, met waar nodig hulp van de behandelcoördinator of mantelzorger, eigen prioriteiten en behandeldoelen op alle domeinen van positieve gezondheid stellen. Bovendien kan een behandelcoördinator in de tweede lijn afstemmen met de huisarts (over de regie in de eerste lijn), zodat de patiënt met multimorbiditeit vervolgens de juiste zorg op de juiste plek ontvangt.

Doel van het project

Het doel van dit project is het versterken van regie voor patiënten met multimorbiditeit in de tweede lijn. Er zal een generieke module worden opgeleverd, waarnaar verwezen kan worden vanuit andere richtlijnen. In de literatuur worden verschillende organisatievormen en -modellen van de zorg voor de patiënt met multimorbiditeit (in het ziekenhuis) beschreven. Bovendien worden er in meerdere Nederlandse richtlijnen vormen van zorgorganisatie, zorgcoördinatie en regie beschreven. De module zal worden gebaseerd op deze literatuur, aangepast naar de meningen en ervaringen van experts, patiënten en andere stakeholders. Uiteindelijk zal binnen dit project ook een pilot ontworpen worden op basis van de voorlopige aanbevelingen, om deze in de praktijk te testen.

Afbakening van de module

Om welke patiëntengroep gaat het?

Volwassen patiënten (18 jaar of ouder) die langere tijd controles of behandelingen door twee of meer medisch specialisten in de tweede lijn nodig (gaan) hebben in verband met twee of meer reeds gediagnosticeerde, chronische aandoeningen.

Patiënten met geen of één chronische aandoening, die zich in een diagnostisch traject bevinden vallen buiten de scope van deze module. Patiënten met twee of meer chronische aandoeningen, die worden behandeld door alléén de huisarts of specialist ouderengeneeskunde vallen tevens buiten de scope van deze module. Daarnaast zal dit rapport de GGZ en de gehandicaptenzorg buiten beschouwing laten.

Wat zijn de mogelijke interventies/therapieën of (diagnostische) testen?

- organisatievormen zoals 'guided care', 'coordinated care', 'comprehensive care' en 'individualized medicine'
- zorg via modellen zoals het 'transitional care model', 'chronic care model', 'patient advocacy model'
- implementeren van 'patient centered care' of 'case-management'

² Visie Medisch Specialist 2025, Federatie Medisch Specialisten



Wat zijn de belangrijkste en voor de patiënt relevante uitkomstmaten?

- Eén laagdrempelig, duidelijk aanspreekpunt
- Heldere communicatie over de taakverdeling onder zorgverleners
- Gecoördineerde en afgestemde zorg, met waar mogelijk gecombineerde afspraken, zodat overbodige diagnostiek en behandelingen voorkómen worden
- Eenduidig, afgestemd en persoonlijk zorgplan met aandacht voor de hele mens, niet alleen de losse aandoeningen
- Beoordeelde, afgestemde en voor de patiënt duidelijke medicatielijst, zodat ongewenste medicatie voorkómen wordt
- Patiënttevredenheid
- Gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven
- Patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten (zelfmanagement, therapietrouw, ziektelast, subjectieve gezondheid)
- Fysieke activiteit en functioneren (mobiliteit, ADL, fysiek functioneren, fysieke activiteit en pijn)
- Aantal ziekenhuisbezoeken (polibezoeken, (ongepande) opnames)

Wat zijn de belangrijkste en voor de zorgverlener relevante uitkomstmaten?

- Makkelijk toegankelijk en up-to-date overzicht over de patiënt
- Duidelijke afspraken over regieondersteuning, afstemming en verantwoordelijkheden
- Tevredenheid over de verleende patiëntenzorg en de samenwerking met andere zorgverleners
- Hanteerbare zorg voor patiënt met multimorbiditeit die binnen acceptabele tijd geleverd kan worden

Voor het zorgsysteem:

- Georganiseerde zorg met zo min mogelijk (her)opnames en met de juiste zorg op de juiste plek

Beoogde gebruikers van het project

De resultaten van dit project zullen worden vastgelegd in een generieke module, waarnaar verwezen kan worden vanuit meerdere richtlijnen. Hierdoor zouden alle medisch specialisten gebruik kunnen maken van deze module. Deze module is bedoeld om de kwaliteit van zorg voor patiënten met multimorbiditeit te verbeteren door aanbevelingen en adviezen te geven over de organisatie van zorg en het versterken van regie voor patiënten met multimorbiditeit in de tweede lijn.



Raamwerk

Onderdelen generieke module

Inleiding	Begripsbepaling multimorbiditeit en regie
Probleemstelling	Knelpunten in de huidige zorg, vanuit zorgverleners, patiënten en het zorgsysteem
Welke patiënten zijn gebaat bij ondersteuning of overname van regie?	Risicofactoren voor fragmentatie van zorg (het verlies van overzicht en afstemming) zoals beschreven in de literatuur
Zorgorganisatie voor patiënten met multimorbiditeit	Verschillende organisatievormen en -modellen voor patiënten met multimorbiditeit zoals beschreven in de literatuur
Zorgorganisatie (zoals regieondersteuning of zorgcoördinatie) in andere werkvelden	Zorgcoördinatiemethoden zoals beschreven in de literatuur en bestaande richtlijnen
Huidige stand van zaken omtrent zorgorganisatie en regie en ideeën voor verbetering	Overzicht van best practices
	Uiteenzetting van wensen ten aanzien van eventuele verbeteringen
	Ideeën en input van verschillende belanghebbenden rondom de zorg voor patiënten met multimorbiditeit
Voorlopige aanbevelingen en adviezen	Voorlopige aanbevelingen en afspraken over de organisatie van zorgcoördinatie en regieondersteuning in de tweede lijn (wanneer, wat en wie)
Voorstel	Ontwerp van een pilot op basis van de voorlopige aanbevelingen



Bijlage 1. Knelpunten per belanghebbende (patiënt, zorgverleners in het ziekenhuis, huisarts en het zorgsysteem)

Er is gekozen voor een verdeling van knelpunten vanuit vier belanghebbenden: de patiënt, de zorgverleners in het ziekenhuis, de huisarts en het zorgsysteem. Onderstaande knelpunten zijn aannames gebaseerd op de voorlopige resultaten van de enquête onder medisch specialisten en verpleegkundig specialisten, input vanuit de werkgroepleden, de brainstormsessie en ervaringen van de voorzitters. De knelpunten zullen waar nodig nog verder aangevuld worden. Om een zo volledig mogelijk beeld van het probleem te schetsen, worden hieronder alle knelpunten die een belangrijke invloed op de huidige zorg hebben benoemd. Niet alle knelpunten zullen geschikt zijn om binnen dit project verder uit te werken.

Knelpunten voor de patiënt met multimorbiditeit en zijn naasten

- Wil graag de regie over de eigen ziektes en behandelingen, maar heeft niet altijd overzicht dus “ondergaat” de ziekenhuiszorg. Er is niet altijd ondersteuning vanuit het ziekenhuis met betrekking tot overzicht en regie
- Bij ziekenhuisbezoeken wordt (meestal) slechts naar één aandoening gekeken en hoofdzakelijk advies gegeven voor de behandeling/advies van (één) lichaamsfunctie. Terwijl de patiënt bijvoorbeeld ook problemen heeft op andere domeinen (bijvoorbeeld dagelijks functioneren of psychosociaal functioneren) of door interacties van adviezen /behandelingen.
- Krijgt soms tegengestelde (behandel)adviezen van verschillende zorgverleners, merkt mede hierdoor dat niet alle betrokken zorgverleners altijd helemaal op de hoogte zijn van de medische situatie of het niet eens zijn over de juiste behandeling
- Er is vaak geen duidelijk aanspreekpunt bij vragen of klachten, geen aangewezen zorgverlener die het overzicht heeft over de gehele situatie en de zorg coördineert
- Afspraken worden niet goed op elkaar afgestemd (poliafspraken, bloedprikken), waardoor patiënt mogelijk onnodige onderzoeken ondergaat. Organiseren en bezoeken van afspraken kost veel tijd
- Medicatie wordt niet altijd afgestemd, waardoor patiënt tegenstrijdige informatie krijgt (van bijvoorbeeld de apotheek) en een hoger risico op interacties heeft
- Wordt vaker (her)opgenomen
- Is niet altijd in staat om zelf overzicht te houden (lage gezondheidsvaardigheden/ cognitieve stoornissen)

Knelpunten voor zorgverleners in het ziekenhuis

- Betrokken zorgverleners weten niet welke patiënt regieondersteuning nodig heeft en wanneer dit nodig is
- Een zorgverlener moet veel tijd en moeite investeren om een overzicht te creëren van (maar ook voor) een patiënt, is dus niet altijd op de hoogte van alle aandoeningen, meest recente medicatie en prognose van patiënt
- Afstemming van de behandelingen gebeurt niet vanzelf, maar wordt ook niet gefaciliteerd (door tijd en/of financiering). Wanneer er geen afstemming plaatsvindt, wordt bijvoorbeeld medicatie onnodig gestopt of gecontinueerd
- Medisch specialisten in het ziekenhuis kunnen geen extra tijd nemen voor regieondersteuning op de polikliniek



- Er is geen financiële regeling om regieondersteuning (en geïnvesteerde tijd, moeite en mankracht) te bekostigen (focus op productie van huidig zorgsysteem)
- Het is onduidelijk wie regieondersteuning op zich zou moeten nemen (Hoofdbehandelaar? Generalist? Huisarts? Andere zorgverlener?)
- Er zijn geen duidelijke afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling in het geval van regieondersteuning (wel in het geval van hoofdbehandelaar/medebehandelaar)
- In het EPD is geen snel beschikbaar, up-to-date en handzaam overzicht van diagnoses/medicatie en actieve behandeltrajecten
- Er zijn geen goede overlegstructuren voor deze patiëntengroep
- Niet iedere zorgverlener heeft de competenties en/of interesse om regieondersteuning op te pakken en een overkoepelend advies te geven, waarbij bijvoorbeeld van de (medisch-specialistische) richtlijn afgeweken moet worden

Knelpunten voor de eerste lijn (huisarts, specialist ouderengeneeskunde)

- De huisarts heeft niet altijd een overzicht over huidige medicatie en problemen van patiënt
- De huisarts heeft niet altijd overzicht over betrokken zorgverleners en de indicatie voor continueren van de controleafspraken
- Informatievoorziening vanuit het ziekenhuis is vaak vertraagd, dit draagt bij aan het verlies van overzicht
- Het is onduidelijk wie verantwoordelijk is voor regieondersteuning als patiënt veel poliklinisch betrokken medisch specialisten heeft (dit is bijvoorbeeld eenvoudiger als patiënt opgenomen is, de verantwoordelijkheid wordt dan aan het ziekenhuis overgedragen)
- Er is vaak geen duidelijke eerste contactpersoon bij problemen, waardoor patiënt bijvoorbeeld bij problemen weer eerst naar de huisarts terugverwezen wordt. Dat is in veel gevallen prima, maar bij zeer complexe patiënten zou het mogelijk beter zijn als er een contactpersoon in de 2de lijn zou zijn

Knelpunten voor het zorgsysteem

- Dubbele afspraken, overbehandeling of overdiagnostiek van patiënten met multimorbiditeit zorgen voor inefficiënt en onveilig zorgsysteem
- Slecht afgestemde behandelingen / medicijnen zorgen voor meer (acute) ziekenhuisopnames
- Er wordt niet systematisch en overkoepelend gekeken of (dubbele) controles in ziekenhuis voor dezelfde problematiek wel noodzakelijk zijn
- Hulp op de overige domeinen is niet altijd even toegankelijk en betaalbaar/vergoed (met name op mentaal welbevinden/sociaal participeren en zingeving domein)